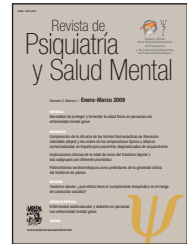


Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



EDITORIAL

Necesidad de proteger y fomentar la salud física en personas con enfermedad mental grave

Mario Maj*

Presidente de la World Psychiatric Association, Director del Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli, Nápoles, Italia

Las personas con una enfermedad mental grave presentan una prevalencia de enfermedades físicas más alta y una mayor mortalidad por causas naturales que la población general. No parece que hayan obtenido un efecto beneficioso con las recientes tendencias favorables relativas a la mortalidad debida a algunas enfermedades físicas. Su acceso a la asistencia a la salud física está reducido y su calidad es peor que la que recibe la población general. Si realmente nos preocupa la calidad de vida de nuestros pacientes con enfermedades mentales graves y la protección de sus derechos civiles, no podemos dejar de tener en cuenta que la salud física es una dimensión crucial de la calidad de vida de estas personas y que el acceso a la asistencia al respecto, con igual calidad de la que dispone el resto de la población, es un derecho básico de estas personas como seres humanos y como ciudadanos.

En este artículo examinaré brevemente la evidencia aportada por la investigación que pone de manifiesto la magnitud del problema, los factores que contribuyen a generarlo y lo que puede hacerse para abordarlo.

Aumento de la morbimortalidad de las personas con enfermedad mental grave a causa de enfermedades físicas

La mortalidad debida a enfermedades físicas presenta un aumento significativo en las personas con enfermedad mental grave en comparación con la población general. En un

estudio de seguimiento, llevado a cabo en el Reino Unido¹, el cociente de mortalidad por causas naturales estandarizado en las personas con esquizofrenia fue de 232, es decir, la mortalidad debida a causas naturales aumentó a más del doble en comparación con la de la población general. El cociente de mortalidad por causas “evitables con un tratamiento apropiado” estandarizado fue 468, es decir, la mortalidad por causas evitables fue más de 4 veces mayor que en la población general. Los valores más altos del cociente de mortalidad estandarizado fueron los correspondientes a enfermedades endocrinas (incluida la diabetes mellitus), enfermedades neurológicas (incluida la epilepsia), enfermedades respiratorias, enfermedades circulatorias y enfermedades digestivas.

La prevalencia de diversas enfermedades físicas está aumentada en las personas con esquizofrenia en comparación con la población general. En un estudio llevado a cabo en Estados Unidos², se observó que las personas con trastornos psicóticos tenían una probabilidad mayor que la de las demás personas de desarrollar diabetes, hipertensión, cardiopatías, asma, trastornos gastrointestinales, infecciones cutáneas, neoplasias malignas y trastornos respiratorios agudos. La frecuencia estaba aumentada a pesar de que solamente se tuvo en cuenta a los pacientes sin un trastorno de consumo de sustancias concomitante.

Las personas con una enfermedad mental grave pueden no haber obtenido un efecto beneficioso con las recientes tendencias favorables de la mortalidad causada por enfermedades físicas. En un estudio longitudinal, llevado a cabo en Australia³, se observó una disminución mantenida de la tasa de mortalidad a causa de cardiopatía isquémica en la población general durante el período de 1980 a 1998, que pasó de 209 a 143/100.000 personas-años en los varones y

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: majmario@tin.it

de 139 a 117 en las mujeres. En cambio, la tasa de mortalidad se mantuvo aproximadamente constante para los pacientes psiquiátricos en el caso de los varones (media de 280/100.000 personas-años) y aumentó de 153 a 234 en el caso de las mujeres.

Menos acceso y calidad de la asistencia a la salud física en las personas con enfermedad mental grave

El acceso de las personas con enfermedad mental grave a la asistencia a la salud física está reducido en comparación con el de la población general. En el estudio que se llevó a cabo en Australia³, el cociente de mortalidad por cardiopatía isquémica estandarizado fue 1,78 en los varones con esquizofrenia en comparación con la población general. Sin embargo, el cociente estandarizado de ingresos hospitalarios por esa enfermedad fue considerablemente inferior en los varones y las mujeres con esquizofrenia en comparación con la población general. Además, tanto los varones como las mujeres con esquizofrenia tenían una probabilidad de ser tratados con técnicas de revascularización más de 3 veces inferior a la de la población general.

De forma análoga, en un reciente estudio prospectivo llevado a cabo en el Reino Unido⁴, los síntomas cardiovasculares y respiratorios (angina, producción de esputo, sibilancias y dificultad respiratoria) fueron significativamente más frecuentes en las personas con esquizofrenia que en la población general, pero la media de la frecuencia de consultas al médico general fue de menos de la mitad en las personas con esquizofrenia en comparación con las de la población general (2,3 frente a 4,8 consultas al año). En un estudio realizado en los Estados Unidos⁵, el diagnóstico de esquizofrenia presentó una asociación significativa con un número inferior de visitas médicas en el grupo total de pacientes y también en los subgrupos de pacientes con diabetes e hipertensión.

La calidad de la asistencia relativa a la salud física que reciben los pacientes con esquizofrenia es peor que la de la población general. Un reciente estudio llevado a cabo en los Estados Unidos⁶ observó que los acontecimientos adversos aparecidos durante las hospitalizaciones médicas y quirúrgicas eran en todos los casos significativamente más frecuentes en los pacientes con esquizofrenia en comparación con las demás personas, incluidas las infecciones debidas a la asistencia médica, la insuficiencia respiratoria postoperatoria, la trombosis venosa profunda o la embolia pulmonar postoperatorias y la sepsis postoperatoria. Todos estos acontecimientos adversos se relacionaron con un aumento significativo de las probabilidades de ingreso en una unidad de cuidados intensivos y de muerte.

Factores que explican el aumento de la morbimortalidad de las personas con enfermedad mental grave por enfermedades físicas

El aumento de la morbimortalidad por enfermedades físicas que se da en las personas con enfermedad mental grave

está relacionado, en primer lugar, con la mayor prevalencia de varios factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, metabólicas y respiratorias que presentan estas personas; los más importantes de estos factores son la obesidad, el tabaquismo y el abuso de alcohol y drogas.

En un reciente estudio llevado a cabo en el Reino Unido⁴, las personas con enfermedad mental grave mostraron una probabilidad de presentar obesidad (índice de masa corporal > 30) y obesidad mórbida (índice de masa corporal > 40) más alta que la de la población general, con cifras del 35 frente al 19,4% y del 3,7 frente al 1,3%. Al desglosar estas cifras por edades y sexos, se observó que el 28,7% de los varones con enfermedad mental grave de entre 18 y 44 años de edad eran obesos, en comparación con el 13,6% de los de la población general, mientras que el 3,7 y el 0,4%, respectivamente, presentaban obesidad mórbida. Más sorprendentes aún fueron las cifras relativas a las mujeres de la misma edad: el 50,6 frente al 16,6% y el 7,4 frente al 2,0.

En un reciente metaanálisis de estudios de todo el mundo⁷, se ha confirmado la relación significativa entre la esquizofrenia y el tabaquismo actual: la *odds ratio* (OR) media ponderada fue 5,9, con valores de 7,2 en los varones y de 3,3 en las mujeres. La asociación continuaba siendo significativa cuando se utilizaba como controles a personas con enfermedad mental grave (OR = 1,9). El tabaquismo intenso y la dependencia elevada de la nicotina fueron también más frecuentes en las personas con esquizofrenia que en la población general.

En el estudio Epidemiological Catchment Area⁸, la prevalencia del abuso o la dependencia de alcohol a lo largo de la vida en personas con esquizofrenia fue del 33%, es decir, 3,3 veces mayor que la de la población general, mientras que la prevalencia del trastorno de abuso de sustancias ilegales a lo largo de la vida fue del 27,5%, es decir, 6 veces mayor que la de la población general.

Se ha descrito también que los pacientes con enfermedad mental grave toman decisiones dietéticas peores y realizan menos actividad física que la población general^{9,10}, pero la evidencia de investigación relevante en la actualidad no es clara.

Un segundo factor que contribuye a producir el aumento de morbilidad física en las personas con enfermedad mental grave son las repercusiones del tratamiento antipsicótico. Es motivo de especial preocupación la mayor probabilidad que tienen las personas tratadas con antipsicóticos de nueva generación de desarrollar obesidad, diabetes mellitus tipo 2 e hiperlipemia. Un metaanálisis¹¹ ha estimado que la media de aumento de peso en los pacientes tratados con dosis estándar de antipsicóticos a lo largo de un período de 10 semanas fue 4,45 kg con clozapina, 4,15 kg con olanzapina, 2,92 kg con sertindol, 2,1 kg con risperidona y 0,04 kg con ziprasidona. Un estudio basado en la amplia base de datos de la Veterans Administration Database de Estados Unidos¹² observó un riesgo de diabetes significativamente mayor en los pacientes tratados con clozapina (OR = 1,25), olanzapina (OR = 1,11) o quetiapina (OR = 1,31), pero no en los tratados con risperidona (OR = 1,05), en comparación con los pacientes tratados con antipsicóticos de primera generación. En un estudio del Reino Unido¹³, los pacientes tratados con olanzapina presentaron un aumento del riesgo de desarrollar hiperlipemia, en comparación con los pacientes

no tratados con antipsicóticos (OR = 4,65) y los pacientes tratados con antipsicóticos de primera generación (OR = 3,36).

Factores que explican la reducción del acceso y la calidad de la asistencia relativa a la salud física en las personas con enfermedad mental grave

El menor acceso de las personas con enfermedad mental grave a los servicios médicos se ha relacionado con varios factores relativos al sistema de asistencia sanitaria. Está bien documentada la repercusión que tiene la falta de seguro de enfermedad y el coste de la asistencia. En un estudio realizado en los Estados Unidos¹⁴, las personas con trastornos mentales tuvieron una probabilidad de que se les negara el seguro a causa de un trastorno preexistente que era el doble de la de los individuos sin trastornos mentales (OR = 2,18). El hecho de padecer un trastorno mental comportaba un riesgo mayor de retraso en la solicitud de asistencia a causa del coste (OR = 1,76) y también de no poder obtener la asistencia médica necesaria (OR = 2,3).

Incluso cuando son visitadas por un médico, es frecuente que en las personas con una enfermedad mental grave las enfermedades físicas queden sin diagnosticar. En un estudio llevado a cabo en los Estados Unidos¹⁵, el porcentaje de casos de enfermedad física importante que no fueron diagnosticados por médicos no psiquiatras fue del 33% en los varones y del 31% en las mujeres, mientras que los porcentajes de casos no diagnosticados por los psiquiatras fueron del 46 y el 49%, respectivamente. Los profesionales de atención primaria pueden percibir erróneamente que los síntomas médicos de los pacientes psicóticos son “psicosomáticos”, pueden no estar capacitados o pueden no sentirse cómodos al atender a esta población de pacientes. Es posible que haya un estigma subyacente en contra de las personas con enfermedad mental grave. Además, durante las hospitalizaciones en salas de medicina o de cirugía, los profesionales de la salud pueden no tener experiencia en la forma de satisfacer las necesidades especiales de los pacientes con enfermedad mental grave, pueden minimizar o malinterpretar sus síntomas somáticos y pueden utilizar de manera inadecuada métodos de restricción del movimiento o fármacos sedantes, o no tener en cuenta las posibles interacciones de los fármacos psicótropos con otras medicaciones⁶. Por su parte, muchos psiquiatras no son capaces o no desean realizar exploraciones físicas o siquiera neurológicas, o no están al día en cuanto al tratamiento de las enfermedades físicas, incluso las frecuentes.

Sin embargo, el diagnóstico insuficiente de las enfermedades físicas en las personas con enfermedad mental grave puede estar relacionado, en parte, con factores del paciente. Los pacientes psicóticos pueden ser reacios a solicitar asistencia médica, porque no son conscientes de que tienen un problema de salud física, se encuentran socialmente aislados, sufren un deterioro cognitivo o se muestran desconfiados y suspicaces^{16,17}. Pueden tener una menor capacidad de comunicar claramente sus problemas médicos: un estudio llevado a cabo en los Estados Unidos¹⁸ observó que tan sólo un 23% de los pacientes consecutivos ingresados en la

unidad de asistencia médica aguda de un hospital psiquiátrico fue capaz de describir adecuadamente la naturaleza o la localización de su dolor o enfermedad. Los pacientes con una enfermedad mental grave a los que se ha diagnosticado un trastorno médico pueden no ser capaces de describirlo, o siquiera recordarlo, en una fecha posterior: en el estudio antes citado¹⁸, tan sólo un 14% pudo citar al menos uno de sus problemas físicos 2 años después del diagnóstico. Además, está bien documentado que el umbral para el dolor aumenta en las personas con esquizofrenia, y ello puede ser otra razón por la que algunos trastornos médicos no sean diagnosticados¹⁹: por ejemplo, el 79% de los pacientes con esquizofrenia y perforación ulcerosa aguda y un 63% de los que tenían apendicitis aguda refirieron dolor, en comparación con el 95% en el caso de los pacientes sin esquizofrenia. Más frecuente aún parece ser la ausencia de dolor en las personas con esquizofrenia que sufren un infarto de miocardio: solamente un 18% de estos pacientes refiere dolor durante el ataque de corazón, en comparación con el 90% en el caso de la población general^{17,19}.

¿Qué puede hacerse para abordar esta situación?

El primer paso para abordar esta situación es aumentar la percepción del problema por parte de los profesionales de la salud mental, los de atención primaria, los pacientes con esquizofrenia y sus familias. ¿A cuántas de estas personas se les ha dicho alguna vez que “el mayor riesgo de enfermedad cardíaca, y no el mayor riesgo de suicidio, es la primera causa de muerte de las personas con enfermedad mental”³? Ciertamente, a muy pocas. Deberá difundirse adecuadamente la información de investigación disponible acerca del aumento de morbilidad por enfermedades físicas en las personas con enfermedad mental grave.

La formación y la capacitación de los profesionales de la salud mental y los profesionales de la atención primaria constituyen otro paso esencial. Los profesionales de la salud mental deben recibir la formación adecuada para, al menos, llevar a cabo las labores médicas básicas. Deben recibir formación acerca de la importancia de reconocer la enfermedad física en las personas con trastornos mentales graves, y se les debe alentar a que se familiaricen con las razones más frecuentes del infradiagnóstico o el diagnóstico erróneo de la enfermedad física en estos pacientes. Por otra parte, los profesionales de la atención primaria deben superar su renuencia a tratar a personas con enfermedad mental grave, y deben aprender formas eficaces de interactuar y comunicarse con ellas: no es sólo una cuestión de conocimientos y capacidades, sino, sobre todo, de actitudes.

Otro paso esencial es el desarrollo de una integración apropiada entre la asistencia de salud mental y la de salud física. En la literatura surge un cierto debate acerca de quién debe encargarse de vigilar la salud física de los pacientes con esquizofrenia. Sin embargo, la cuestión crucial es que siempre debe haber “alguien” encargado de este problema (es decir, debe haber un profesional bien identificado que se responsabilice de la asistencia de salud física de cada paciente). Por otra parte, los servicios de salud

mental deben ser capaces de proporcionar, al menos, una evaluación estándar regular de sus pacientes, con objeto de identificar, o cuando menos sospechar, la presencia de problemas de salud física. Las directrices actualmente existentes sobre el tratamiento de los pacientes a los que se administran fármacos antipsicóticos deben ser conocidas y aplicadas por todos los servicios de salud mental. Los propios pacientes deben intervenir lo más posible en ello: por ejemplo, los profesionales de la salud mental deben alentar a los pacientes a que vigilen y registren de forma continua su peso. Los servicios de salud mental deben proporcionar de manera habitual programas de dieta y ejercicio. En ciertos contextos puede contemplarse la aplicación de programas flexibles para dejar de fumar, con los que se ha demostrado un cierto grado de éxito²⁰.

Finalmente, hay una acuciante necesidad de nuevas investigaciones en este campo. Las enfermedades físicas no deben considerarse siempre factores de confusión en los estudios relativos a la enfermedad mental grave. La comorbilidad física se debe estudiar sistemáticamente, de manera que pueda comprenderse mejor la interacción entre las enfermedades mentales y físicas (tanto en los pacientes hospitalizados como en los ambulatorios, tanto en las mujeres como en los varones, y tanto en los jóvenes como en los ancianos).

En resumen, el fomento de la asistencia a la salud física de las personas con enfermedad mental grave es, en la actualidad, una cuestión clave en nuestro campo. Si no la consideramos una prioridad, no podremos afirmar de forma convincente que realmente estamos buscando una mejor calidad de vida y la protección de los derechos civiles de nuestros pacientes.

Bibliografía

1. Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2000;177:212-7.
2. Dickey B, Normand SLT, Weiss RD, Drake RE, Azari H. Medical morbidity, mental illness and substance use disorders. *Psychiatric Services*. 2002;53:861-7.
3. Lawrence DM, Holman CDJ, Jablensky AV, Hobbs MST. Death rate from ischaemic heart disease in Western Australian psychiatric patients 1980-1998. *Br J Psychiatry*. 2003;182:31-6.
4. Filik R, Sipos A, Kehoe PG, Burns T, Cooper SJ, Stevens H, et al. The cardiovascular and respiratory health of people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113:298-305.
5. Craddock-O'Leary J, Young AS, Yano EM, Wang M, Lee ML. Use of general medical services by VA patients with psychiatric disorders. *Psychiatr Serv*. 2002;53:874-8.
6. Daumit GL, Pronovost PJ, Anthony CB, Guallar E, Steinwachs DM, Ford DE. Adverse events during medical and surgical hospitalizations for persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63:267-72.
7. De Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res*. 2005;76:135-57.
8. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:8-19.
9. Brown S, Birtwistle J, Roe L, Thompson C. The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. *Psychol Med*. 1999;29:697-701.
10. McCreadie RG. Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2003;183:534-9.
11. Allison DB, Casey DE. Antipsychotic-induced weight gain: a review of the literature. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 Suppl 7:22-31.
12. Sernyak MJ, Leslie DL, Alarcon RD, Losonczy MF, Rosenheck R. Association of diabetes mellitus with use of atypical neuroleptics in the treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2002;159:561-6.
13. Koro CE, Fedder DO, L'Italien GJ, Weiss S, Magder LS, Kreyenbuhl J, et al. An assessment of the independent effects of olanzapine and risperidone exposure on the risk of hyperlipidemia in schizophrenic patients. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59:1021-6.
14. Druss BG, Rosenheck RA. Mental disorders and access to medical care in the United States. *Am J Psychiatry*. 1998;155:1775-7.
15. Koranyi EK. Morbidity and rate of undiagnosed physical illnesses in a psychiatric clinical population. *Arch Gen Psychiatry*. 1979;36:414-9.
16. Jeste DV, Gladsjo JA, Lindamer LA, Lacro JP. Medical comorbidity in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1996;22:413-30.
17. Goldman LS. Medical illness in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 1999;60:10-5.
18. Bunce DF II, Jones LR, Badger LW, Jones SE. Medical illness in psychiatric patients: barriers to diagnosis and treatment. *South Med J*. 1982;75:941-4.
19. Dworkin RH. Pain insensitivity in schizophrenia: a neglected phenomenon and some implications. *Schizophr Bull*. 1994;20:235-48.
20. Ziedonis DM, George TP. Schizophrenia and nicotine use: report of a pilot smoking cessation program and review of neurobiological and clinical issues. *Schizophr Bull*. 1997;23:347-54.